FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 1005

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude, Gladie BEIGBEDER née LARAGE

née le 14 mars 1933 à Vincennes

Présentée et soutenue publiquement le :

BILAN DE CINQ ANNEES D'ELEVAGE DE PREMATURES A L'HOPITAL DE FONTAINEBLEAU

Président : Mr M. LELONG, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Claude, Gladie BEIGBEDER née LARAGE

née le 14 mars 1933 à Vincennes

Présentée et soutenue publiquement le :

BILAN DE CINQ ANNEES D'ELEVAGE DE PREMATURES

A L'HOPITAL DE FONTAINEBLEAU

Président : Mr M. LELONG, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1e CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.)
Anesthésiologie	GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Bactériologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Biochimie médicale	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Carcinologie	PLAS (F.)
Dermato-Syphiligraphie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Electro-Radiologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Hématologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Histologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Hydrologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hygiène	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Maladies infectieuses	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Médecine légale	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine du travail	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Neuro-chirurgie	ALBAHARY (C.)
Obstétrique	PERTUISET (B.)
Ophtalmologie	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma mère,

à qui je dois tout

A mon mari,

A mon fils

A ma famille

A mes amis

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550221_0016

A mon Président de Thèse Monsieur le Professeur Marcel LELONG

Titulaire de la Chaire de Puériculture de la Faculté
de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint Vincent de Paul

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.

En hommage respectueux.

A mon Maître Monsieur le Professeur Agrégé A. ROSSIER

qui nous a guidé avec bienveillance
dans ce travail.

Notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur MERCIE

Chef du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Fontainebleau

A qui je suis heureuse de témoigner toute ma reconnaissance pour les 6 mois de tra-travail accomplis sous sa bienveillante direction.

A Monsieur le Docteur Jean FUMERY

avec toute ma gratitude pour l'enseignement dont il m'a fait bénéficier pendant 2 ans.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Professeur G. MENEGAUX, in memoriam

Monsieur le Professeur BROCARD

Momsieur le Professeur DEPARIS

Monsieur le Docteur MOUSSOIR

INTRODUCTION

Nous ne voulons pas dans ce travail apporter des données nouvelles sur l'élevage des prématurés. En France des travaux de M. LELONG, A. ROSBIER et de leurs collaborateurs ont permis de codifier les grandes règles qui doivent présider à la création et au fonctionnement des centres modernes de prématurés, avec leur exigences en locaux, en matériel et en personnel hautement spécialisé.

La prévention de la mortalité néo-natale est un des buts principaux du pédiatre.

Comme l'écrit le Professeur Marcel LELONG :

" les grandes tueuses de nouveau-né sont :

- les hémorragies intra-crâniennes
- l'asphyxie
- l'infection
- les malformations congénitales.

la prématurité, seule ou associée à l'une de ces 4 grandes causes, explique près de la moitié des décès du Ier mois".

Notre but est d'apporter un témoignage au sujet de l'annexe des prématurés du service de Pédiatrie de l'Hôpital de Fontainebleau. Nous

montrerons comment ce service non conçu au départ pour un tel usage a dû rapidement faire face à une demande qui allait s'accroissant. Celaa impliqué un agrandissement tout d'abord puis un aménagement des locaux de façon à ce qu'ils puissent correspondre grossièrement au normes requises par l'élevage de ces prématurés.

Deux étapes fondamentales dans cette histoire :

- d'abord l'isolement d'une certaine surface du reste du service de pédiatrie,

- ensuite la décision de créer prochainement un centre de prématurés tout à faire indépendant du service dont les plans sont faits mais dont la construction est retardée.

La description des moyens utilisés montrera une adaptation quasi permanente à des situations nouvelles. De nombreuses difficultés ont été affrontées , beaucoup ont été résolues rationnellement, pour d'autres il a fallu se résoudre à de l'"à peu près".

Nous ne saurions trop insister sur le dévouement du personnel attaché aux prématurés et reconnaitre avec Monsieur le Professeur LELONG que "la compétence, la conscience, le dévouement du personnel importent plus pour le succès d'un service que l'équipement matériel".

Au cours de notre stage d'externe chez M. le Pr. Agrégé ROSSIER nous avons été initiée à l'examen, à la manipulation et aux soins des petits prématurés, qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour toute la bienveillance qu'il m'a témoignée .

Notre séjour chez M. le Dr. MERCIE en tant qu'interne , nous a permis,en bénéficiant de son expérience et sous sa sage et bienveillante direction, de nous intéresser et de faire face aux petits problèmes quotidiens de l'élevage des prématures.

Nous tenons à exprimer à Monsieur le Professeur LELONG qui nous fait l'honneur d'accepter la présence de cette thèse, nos sentiments très respectueux.

oOo

- I -

LES EXIGENCES PARTICULIERES DES PREMATURES

DEFINITION DU PREMATURE :

Nous adopterons celle définie par l'OMS " est considéré prématuré tout enfant né vivant avec un poids à la naissance de 2.500 g ou moins".

Mais tous ces prématurés ne présentent certes pas les mêmes difficultés d'élevage et si les enfants de I.800 g et plus peuvent être élevés dans des conditions presque normales, les prématurés d 'un poids inférieur nécessitent des soins tout à fait particuliers.

Cet élevage repose donc sur la connaissance de la physiologie du prématuré. "Ce qui définit le prématuré : c'est moins son âge foetal, son poids ou sa taille, que l'imperfection de ses organes et l'immaturité de ses grandes fonctions physiologiques" (Professeur A. ROSSIER).

RAPPEL PHYSIO-PATHOLOGIQUE :

I - LA RESPIRATION

Il existe une immaturation du centre respiratoire entrainant un rythme périodique . avec apnée régulière, une insuffisance des muscles respiratoires de la cage thoracique avec un diaphragme seul efficace et des poumons qui chez le "prématurisme " n'ont pas encore acquis une structure alvéolaire mais canalaire d'où inaptitude au moins partielle à une hématose correcte.

Le prématuré est donc pratiquement en état d'anoxémie , le taux d'oxygène dans les poumons est faible et cela d'autant plus que l'enfant est petit.

II - LA REGULATION THERMIQUE

Lors de la naissance le prématuré passe de la température de l'utérus maternel à celle de l'atmosphère ambiante ; il se produit pendant la Ière heure une chute de 2 à 3 degrés, et si le prématuré n'est pas placé en atmosphère chauffée, il s'installe une hypothermie qui peut devenir rapidement mortelle si elle se prolonge. Cette hypothermie a pour conséquence une dépression du centre respiratoire avec ralentissement circulatoire, d'où une aggravation de l'anoxie.

Le centre thermo-régulateur est immature, la thermogénèse est faible, la thermolyse est grande en raison des pertes élevées par rayonnement :

- grande surface du prématuré par rapport à son poids
- absence de pannicule adipeux sous-cutané

III - L'IMMATURITE DES FONCTIONS DIGESTIVES

L'alimentation est entravée par des insuffisances mécaniques, la succion n'existe pas encore ou est inefficace, l'incoordination des mouvements de déglutition peut être à l'origine de fausses routes, la capacité gastrique est très réduite. L'immaturité digestive se traduit encore par une insuffisance des fonctions serrétoires, en particulier de l'amylase et de la lipase pancréatiques.

Le réchauffement en incubateur évitant la déperdition calorique par rayonnement, permet de réduire la ration calorique et ainsi de donner un régime moins riche, mieux supporté par le prématuré.

Au point de vue qualitatif, l'apport protidique nécessaire est de 4 à 5 g/kg au lieu de 3 g. chez le nourrisson normal.

L'apport lipidique est faible car la digestion des graissesest très imparfaite.

L'apport glucidique fournit l'appoint calorique nécessaire. L'alimentation doit être riche en sels minéraux car le prématuré en est pauvre, l'apport maternel important des derniers mois de la gestation lui ayant été retiré. Un apport régulier de fer pourra prévenir une anémie tardive.

L'alimentation doit apporter au prématuré des vitamines A et D, par sa croissance rapide il est en effet particulièrement exposé au rachitisme.

IV - L'IMMATURATION VASCULAIRE

Elle entraine la fragilité capillaire : structure vasculaire inachevée et permeabilité capillaire sont à l'origine d'hémorragies cérébro-méningées que le traumatisme obstétrical ne peut pas toujours expliquer.

V - LA RECEPTIVITE A L'INFECTION

Chez le prématuré, l'infection est extrêmement grave en raison de ses moyens de défense réduits.

L'infection peut exister déjà in utéro , mais elle est surtout apportée dès le premier contact avec l'extérieur, la plaie ombilicale, la peau, les muqueuses, lui sont autant de portes ouvertes.

La prophylaxie de l'infection doit être la hantise de tout élevage de prématurés et tout doit concourir dans ce but, locaux, matériel, discipline du personnel infirmier et médical.

oOo

- II -

HISTORIQUE DU CENTRE DE PREMATURES DE L'HOPITAL DE FONTAINEBLEAU

Jusqu'en I949, les enfants prématurés de la région étaient traités tant bien que mal à domicile ou dirigés vers les services parisiens.

Dans les années qui suivirent, les médecins et les maternités prirent l'habitude d'adresser tous les nouveaux-nés prématurés au service de pédiatrie de l'Hôpital. Ce service agissait à la fois comme centre de triage et comme centre de traitement. Il disposait d'un incubateur de marque française et de 2 ou 4 lits un peu à l'écart dans le service, ces derniers réservés aux prématurés de plus de I.800 g.

Les "prématurissimes" étaient dirigés sur Paris mais ils devaient souvent attendre quelques jours avant d'avoir une place.

Les conditions d'isolement et d'asepsie étaient loin d'être réunies et l'on se contentait de cette solution provisoire en attendant la création d'un véritable centre de prématurés.

Vers la fin de I949, un incident se produisit qui décida le Dr. MERCIE, chef du service de Pédiatrie à abandonner l'élevage des prématurés dans ces conditions. Pendant les années I950 à I954, quelques prématurés furent pris en charge mais il s'agissait d'enfants de poids supérieur à I.800 g. dont l'état ne nécessitait pas de soins très spéciaux.

En I954, le service de pédiatrie fut installé dans des locaux plus spacieux et plus adaptés au traitement des enfants. Sur les insistances des médecins régionaux, l'élevage des prématurés fut à nouveau entrepris.

Les conditions de cet élevage étaient loin d'être satisfaisantes. Les prématurés étaient isolés dans une pièce un peu à l'écart, orientés au nord où étaient disposés 2 incubateurs MMS et 3 lits. Il y avait un lavabo dans la pièce et pas de zone neutre pour les précautions d'asepsie élémentaires (lavage des mains, blouses).

Malheureusement, l'expérience devait montrer à quel point ces prématurés étaient exposés à l'infection.

En Avril I954, sévissait en Pédiatrie une épidémie à colibacille $IIIB_4$ Malgré les précautions d'asepsie les plus rigoureuses utilisant les moyens dont on disposait, les 4 prématurés présents furent atteints et moururent en 24 heures.

L'élevage des prématurés fut alors une fois de plus interrompu, le Dr. MERCIE refusant les enfants jusqu'à ce que de nouvelles conditions soient réunies qui donneraient à cet élevage une possibilité d'être efficace.

En I956, on isola à une extrémité du service ce qui est depuis la section des prématurés. Cette fois l'isolement était presque parfait, nous décrirons plus loin l'installation, mais restaient 2 problèmes qui n'ont pu être résolus:

- l'existence d'une biberonnerie commune aux prématurés et au service de pédiatrie.
- l'absence de personnel autonome, la puéricultrice responsable des prématurés étant aussi utilisée pour le service de pédiatrie.

Malgré cela l'expérience a prouvé la valeur de cette section, 2 faits l'attestent :

Ce sont d'une part les statistiques données à la fin de cet ouvrage et qui peuvent être considérées comme satisfaisantes, d'autre part l'histoire d'une épidémie de crèche à colibacille pathogène.

Cette épidémie sévissait dans le service de pédiatrie, le germe en cause était un colibacille facilement identifiable, résistant à tous les antibiotiques sauf deux, colimycine et furadoïne. Il fallut 1 mois avant qu'un prématuré ne fut atteint. Par la suite ils le furent tous mais grâce à la thérapeutique un seul mourut, un mongolien dont l'avenir s'annonçait sombre.

Cette épidémie malgré tout impressionna suffisamment les autorités et la création d'un Centre de Prématurés fut décidée, centre tout à fait indépendant du Service de Pédiatrie et répondant enfin aux exigences d'un tel élevage. Ce centre est en cours de réalisation.

oOo

- III -

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CENTRE

I - LES LOCAUX

La section des prématurés est située à l'extrémité du service de pédiatrie et bénéficie ainsi d'un certain isolement. Elle comporte 3 pièces .

La première isole les 2 autres du couloir d'arrivée et présente les caractéristiques d'un sas . Elle comporte :

- un lavabo
- les blouses et les bavettes stériles
- une pharmacie contenant le matériel stérile
- un incubateur portatif
- une petite table avec les dossiers des enfants
- 3 portes vitrées, l'une donne accès dans le couloir d'arrivée, les 2 autres dans chacune des salles de prématurés.

Dans cette salle se font le lavage et brossage des mains, on y enfile obligatoirement une blouse et une bavette stériles.

Ensuite deux salles :

- l'une à gauche contient les 3 incubateurs MMS, un lavabo et tout le matériel individuel à chaque prématuré.
- à droite une pièce avec 4 lits réservés aux présortants, c'est à dire aux enfants sortis d'incubateurs. Là encore lavabo et matériel individuel.

Les fênetres de ces 2 pièces sont orientées sud-est et bénéficient ainsi de l'ensoleillement.

Les visites ne sont pas admises à la section des prématurés, elles restent derrière la porte vitrée du sas et peuvent voir les enfants à travers la cloison vitrée à mi-hauteur de chaque salle.

Pour chaque enfant il existe une blouse enfilée par la puéricultrice au moment des soins. Toutes les manipulations se font à l'intérieur des incubateurs, toilette, change, repas, soins. La pesée est immédiate, l'incubateur comportant une balance, et température oxygène humidité sont réglables à volonté. L'enfant y repose nu , une simple couche sur les organes génitaux externes et la surveillance en est particulièrement facile à travers le plexiglas transparent.

Les incubateurs sont lavés chaque jour avec une solution d'ammonium quaternaire, le linge utilisé dans les incubateurs est stérile, le linge destiné aux présortants est lessivé et est commun au service de pédiatrie.

Le sol est lavé une fois par jour et 3 lampes germicides à ultra violet sont allumées 8 heures par jour.

La bébéronnerie est commune avec le service de Pédiatrie et malheureusement dans l'état actuel pas d'autre solution ne peut être proposée. La bibéronnerie est de plus assez rudimentaire et bien que les rations soient préparées avec le maximum d'exactitude et de soins, il n'existe pas de séparation entre l'endroit où se font les manipulations septiques, lavage et stérilisation , et la préparation des biberons. Tétines et sondes sont bouillies biberons et seringues sont stérilisées à l'autoclave avec ceux du service de Pédiatrie.

II - LE PERSONNEL

assurant le service comprend m

- le jour : deux puéricultrices diplômées d'état ayant fait ainsi un stage dans un service de prématurés, deux auxiliaires sans formation particu-

lière mais formées alors par les puéricultrices.

- la nuit, une seule auxiliaire s'occupe du service.

Malheureusement ce personnel n'est pas réservé à la section des prématurés et s'occupe également des enfants malades du service voisin.

III - PROVENANCE DES ENFANTS

Ils viennent pour une bonne part de la maternité de l'Hôpital et des cliniques privées de la ville, ces enfants bénéficient alors d'une liaison obstétrico-pédiatrique correcte. Ils viennent aussi d'autres hôpitaux, Monterau, Melun, des cliniques ouvertes de la région et enfin ils nous sont envoyés par le médecin traitant, l'accouchement ayant eu lieu à domicile.

Dans ce dernier cas, la liaison obstétrico-pédiatrique est souvent particulièrement mauvaise. L'enfant arrive au bout de plusieurss heures ou de plusieurs jours, les conditions de l'accouchement sont mal connues, le transport se fait avec des moyens rudimentaires et l'enfant arrive souvent dans un état pitoyable, emballé dans des langes et du coton.

En majorité , ces enfants viennent d'un milieu rural et l'éloignement posent souvent le problème de l'allaitement maternel. Enfin milieu de la batellerie, où sont souvent réunies toutes les mauvaises conditions de départ du prématuré., grossesse non ou mal surveillée, retard entre l'accouchement et l'appel du médecin, transport de l'enfant dans des langes.

IV - ADMISSION AU CENTRE

Est considéré comme entrant tout enfant qui franchit la porte de la section même s'il ne reste que quelques heures.

Quand nous sommes prévenus de la naissance d'un prématuré, l'incubateur portatif part en ambulance avec une puéricultrice chargée des premiers soins. A son arrivée l'enfant est placé en incubateur.

Il est manipulé le moins possible, avec le maximum de douceur et on ne lui fait pas de toilette. Il repose nu sur une couche stérile. Les observations concernant l'enfant sont notées sur un cahier individuel et 8, I0, I2 fois par jour selon le nombre de repas sont notés :

- le caractère des selles et des mictions
- le teint, la gesticulation
- la façon dont l'enfant a pris son repas
- la température 3 fois par jour ou plus souvent si il y a instabilité thermique. Ce cahier est scrupuleusement tenu à jour et toute observation anormale est signalée au médecin par la pyéricultrice.

Le réchauffement:

A l'arrivée de l'enfant la température de l'incubateur est réglée de façon variable, elle est fonction du poids de l'enfant:

36° - 37° de I000 à I400 g
34° - 35° de I400 à I700 g
32° - 34° de I700 à 2000 g.

L'oxygénation :

Elle est systématique à l'arrivée mais rigoureusement contrôlée. Si tout est normal , on assure un débit de 2 litres arrêté au bout de quelques heures si l'enfant respire bien, n'est pas cyanosé. S'il est cyanosé, l'oxygène est poursuivi plus longtemps selon les besoins sans toutefois jamais dépasser 40%, puis diminué, donné par intermittences et enfin supprimé.

On maintient une humidité de 50 à 80%.

V - CONDUITE DE L'ALIMENTATION

La diète est complète pendant 36 ou 48 h. pour les faibles poids. Cet intervalle libre permet :

- d'évacuer les oedèmes infiltrant le tissu sous-cutané
- d'éviter l'effort digëstif pendant la période critique où il s'agit surtout de faire respirer l'enfant.

Ce délai passé on commence l'alimentation.

Le nombre de repas :

est fonction du poids de l'enfant, en raison de la faible capacité gastrique :

- 8 repas à partir de 2 kg
- I0 repas jusqu'à I300 - I200 g
- I2 repas au-dessous de I300 g.

Les repas sont donnés à intervalles réguliers.

Le gavage :

à la sonde molle passée par la bouche et systématique pour les enfants de moins de I500 g. Les avantages sont multiples :

- absence de fatigue
- quantité absorbée parfaitement connue
- diminution du risque d'aspiration bronchique.

Vers I500 g. le passage du biberon dépend des possibilités de succion, de toute façon il se fera de façon progressive.

Le problème du lait maternel :

Il ressort des travaux de l'Ecole de Puériculture que le lait maternel doit être l'aliment de base du prématuré.

Malheureusement peu de nos prématurés en bénéficient de façon permanente. En effet la maternité nous fournit un peu de lait de femme mais souvent de façon tansitoire car la jeune mère n'est pas une bonne nourrice Et si, par chance, la mère peut nourrir son enfant, le service met à sa disposition unr tireuse électrique à la sortie de la maternité, Le lait nous est

porté chaque jour mais très souvent l'éloignement, le manque de communications faciles ne permettent pas d'entreprendre ou de poursuivre cet allaitement.

Une autre solution serait d'utiliser du lait de femme sec venant du lactarium de Paris, mais la distance et le prix de revient ne la réserve qu'à des cas exceptionnels.

Aliment utilisé :

En définitive nos prématurés sont élevés dans l'immense majorté des cas au lait sec demi-écrémé. C'est un excellent lait, riche en protéines, en sels minéraux Ca et P, de bonne digestibilité et de composition stable. Nous utilisons le lait Aleté.

L'alimentation est très progressive, on arrive à I00 g/Kg. vers le I0° jour, de I50 à 200 g/Kg le I5è jour.

Pour un enfant de I500 g. à la naissance :

- au 3è jour I0 x 5 g eau glucosée
- au 4è jour I0 x I0 g. d'Aleté à 4%
- au I5è jour I0 x 30 g d'Aleté à I5%,

en augmentant la ration de 5 g en 5 g, en même temps que la concentration du lait:

- à I600 g I0 x 30 g Aleté I7%
- à 2000 g 8 x 50 g "
- 2500 g 6 x I00 g "

A partir du 8è jour les vitamines sont introduites dans l'alimentation sous forme de polyvitamines =

- au-dessous de 2 kg I0 gouttes
- au-dessus . I4 gouttes
- Vitamine C 0,25 g.

Courbes de poids :

Notre ration alimentaire ainsi calculée apporte au prématuré I50 calories par kilo et par jour. Elle assure une courbe de poids satifaisante à des enfants dont le poids varie entre I000 g et 2000 g.

Le poids de naissance est le plus souvent rattrapé en I5 à 20 jours, la courbe de poids est régulière et la prise quotidienne est en moyenne de 20 à 30 grammes.

L'enfant est sortant dès qu'il a atteint 3000 gr mais parfois avant quand le milieu familial peut assurer un élevage correct.

oOo

- IV -

SOINS SPECIAUX AUX PREMATURES

Les troubles respiratoires :

Ils occupent la première place par ordre de fréquence dans la pathologie du prématuré.

L'observation de la respiration est aisée sur l'enfant nu, à travers le plexiglass de l'incubateur. La cyanose existe souvent mais aux extrémités elle est banale. Les mouvements de la cage thoracique sont favilités par la surélévation légère des épaules.

En cas d'obstruction avec rejet de mucosités par les lèvres et le nez, respiration bruyante avec gros râles à l'auscultation pulmonaire, on pratique une désobstruction à l'aide d'une sonde,molle , branchée à un aspirateur électrique.

Les apnées sont particulièrement inquiétantes quand elles s'accompagnent de cyanose. Un traitement comprend :

- une injection d'un mélange associant camphré, caféine et lobeline
- une oxygénation accrue
- la respiration artificielle, en faisant des pressions rythmiques douces sur le bas du thorax saisi entre le pouce et les autres doigts.

- 2 à 3 gouttes de cognac déposées sur la langue , le plus souvent on assiste à une reprise des mouvements respiratoires, mais la surveillance est constante car la récidive est de règle avec le risque de mort.

L'injection d'une demi ampoule de vitamine K, associée à de l'adrénoxyl n'est pas systématique mais très fréquente, en particulier en cas de troubles respiratoires et à plus forte raison s'il existe la moindre manifestation hémorragique.

Les troubles nerveux :

Ils se manifestent le plus souvent par des troubles respiratoires auxquels s'associent :

- des troubles du tonus, c'est le plus souvent une hypotonie, impressionante faisant de l'enfant une véritable "poupée de chiffons".
- des crises convulsives toniques ou cloniques généralisées ou localisées,
- l'absence de réflexes archaïques,
- l'absence de cri franc remplacé par un gémissement plaintif monotone
- une agitation extrême ou de la somnolence.

La ponction lombaire est systématique, faisant le plus souvent la preuve de l'hémorragie méningée en ramenant liquide hypertendu sanglant dans plusieurs tubes .

Outre l'oxygénothérapie, les coagulants, le gardénal à la dose de 1 à 2 cg en cas de convulsions, on injecte en cas d'hémorragie méningée, $\frac{4}{10}$ de cc d'hydrocortisone intra-rachidien. Nous verrons plus loin l'observation d'un enfant véritablement réssucité par cette thérapeutique.

L'infection du prématuré :

L'indication des antibiotiques est très large, le plus souvent pénicilline, en particulier en cas de liquide méconial, d'aspiration bronchique, de régurgitations, de retard à l'admission. Malheureusement nous ne

disposons pas de chambre d'isolement pour les enfants, hospitalisés tardivement et considérés comme infectés.

En cas d'épidémie de crèche, il n'y a donc pas d'isolement possible, seule est instituée une antibiothérapie appropriée de façon prophylactique. La perfusion intra-veineuse s'impose lors des cas de déshydratation avec vomissements et diarrhées. Il n'y a jamais de dénudation veineuse grâce à l'habilité de la religieuse surveillante du service qui installe pour 48 heures une perfusion par ponction veineuse à l'aide d'une aiguille é épicranienne.

L'anémie du prématuré :

La surveillance de la formule sanguine est de règle. L'anémie du prématuré est très fréquente, expliquée en partie par les besoins d'une croissance rapide que les organes hémopoïetiques ne peuvent entièrement satisfaire. Cliniquement l'anémie se traduit par la pâleur des conjonctives et une courbe de poids stationnaire.

La numération montre une anémie normochrome, dont le chiffre moyen est de l'ordre de 2.500.000 GR avec une hémoglobine à 56%.

De petites transfusions, I5 à 20 cc selon le poids de l'enfant deux à quatre selon la formule sanguine, réparent l'anémie et ont une influence heureuse sur l'état général.

oOo

- V -

PATHOLOGIE DU PREMATURE

Nous allons insister maintenant sur quelques observations illustrant certaines des difficultés rencontrées dans les premiers jours.

OBSERVATION N° I

L'ictère du prématuré dit physiologique est très fréquent. L'hémolyse néo-natale libère de l'hémoglobine qui reste en partie à l'état indirect, le foie non encore mature ne pouvant la transformer entièrement en bilirubine directe.

Cet ictère début vers le 2è jour, est maximum le 5-6è jour et disparait au 8-I0è jour. L'évolution le plus souvent bénigne peut être mortelle, quand la bilirubine atteint 250 mg/litre, seuil dangereux à partir duquel l'ictère nucléaire est à redouter.

M. ALAIN - 30.I2.59 - terme 8 mois, accouchement normal - mère 25 ans - 3è pare.

le 3I.I2 : ictère débutant

le 2.I : boit très mal, régurgitations importantes, respiration irrégulière et superficielle avec apnée, réflexes archaïques présents - ictère foncé sans hépato-splénomégalie.

Le 5.I. : enfant O + mère B rh +
bilirubine indirecte 260 mg/litre

Le 7.I : bilirubine indirecte 220 mg/litre - enfant moins hypotonique urines et selles normalement colorées.

Le I6.2. : poids 3330 J. va très bien.

OBSERVATION N° 2

Ictère mortel par incompatibilité A-O.

B... Jean-Michel, né le 23.2.60 , II45 g, terme 6 mois, accouchement normal par le siège, cri immédiat, A l'entrée, gémit, petite hémorragie par le cordon.

Le 24. : début de l'ictère

Le 27 .: poids 840 g. apparition brusque de l'ictère - bilirubine indirecte 565 mg/litre - la mère est O+ l'enfant A+

Le 28 .: décès.

OBSERVATION N° 3

Hémorragie méningée traitée avec succès par l'injection d'hydrocortisone intra-rachidienne.

L... Jean-Michel né le 8.II.58, 2050 g terme de 7 mois, mère 6è pare, tête bloquée par spasme du col, spasmalgine et post hypophyse IM. Cri au bout de quelques minutes. légère cyanose qui devient très marquée au bout de quelques heures, périodes d'apnée, I/2 vitamine K1

Le I0.II.: sclérème , hématomes, rejet de sang par le nez, état de mort apparante, enfant cireux, la PL ramène un liquide très xanthochromique,

on injecte localement 7,5 mg d'hydrocortisone, et 5 mg de cortisone IM. aussitôt après reprise d'un rythme respiratoire normal :

Le II. : l'amélioration persiste,

Le I2 .: enfant un peu agité

Le I4. : PL - le liquide coule plus lentement - albumine I,20 g

Le I5. : respiration normale , mais inertie et absence de réflexes archaïques.

Le 8.I2 : mouvements de succion , ébauche de Moro

Le I6.I2 : hypotonie très marquée, pauses respiratoires Ponction lombaire, LCR 0,50 g d'albumine

Le 20.I2 : va bien, découverte d'un souffle systolique intense para-sternal gauche.

A sa sortie du service va bien.

Revu plus tard, il existe un retard psycho-moteur.

OBSERVATION N° 4

"Ulcération pariétale" du cuir chevelu. Ier cas qu'il nous ait été donné de voir dans le service.

B... Claudie née le 27.I2.6I, I600 g accouchement normal au terme de 6 mois I/2. Bon aspect à l'entrée.

Au 11è jour, poids stationnaire - enfant très agitée, apparition, spontanément , au niveau de la suture temporo-frontale droite très saillante d'une tuméfaction rouge faisant place le lendemain à une large phlyctène à contenu séro-sanglant. L'ouverture spontanée laisse une ulcération en cratère - au même niveau , apparition d'une ulcération moins profonde mais plus large - malgré l'antibiothérapie générale et locale, les escarres sont torpides et le poids est stationnaire.

Une numération montre une anémie à 3.130.000, une Ière transfusion améliore l'état général, et 2 autres obtiennent la cicatrisation. L'évolution a été de 3 semaines.

Epidémies de crèche :

Parmi les difficultés rencontrées au cours de l'élevage des prématurés, le problème majeur est celui de l'infection.

A la fin de l'année 1958, une épidémie de crèche à colibacille III B_4 sévissait dans le service de Pédiatrie.

Au bout d'un mois seulement les prématurés furent atteints, un seul mourut, un mongolien.

Pendant l'épidémie le service des prématurés fut fermé et 16 enfants adressés au service furent dirigés sur les centres de Paris.

En 1960, il y eut une épidémie de muguet, 11 enfants furent atteints et rapidement guéris par la mycostatine.

oOo

- VI -

RESULTATS DE 5 ANS D'ELEVAGE, DE I957 à I96I

230 entrée , I6I vivants, soit 70% .

Voici réunis dans ce tableau les résultats en fonction du poids.

Poids	entrants	Décèdés		vivants	
		Nbre	%	Nbre	%
- I000	4	3	75	I	25
I000 à I250	I7	I4	83	3	I7
I250 à I500	37	I7	46	20	54
I500 à I800	44	II	25	33	75
I800 à 2000	46	I0	24	32	76
2000 à 2200	47	I9	24	36	76
2200 à 2500	39	3	8	36	92
	230	69	30	I6I	70

Nous allons entreprendre l'étude analytique de ce tableau.

Moins de I000 g : 4 enfants dont 3 décès

B... Martine, née le 25.II.57, mère primipare de I8 ans, accouchement normal au terme de 6 mois, PN 935 g. grand prématuré avec entonnoir thoracique, l'élevage est assez facile, au lait de femme, et après la chute de poids l'enfant atteint 795 g. 4 ans après l'enfant est vivante et normale.

Parmi les 3 décès on note :

1 - P... Nicole, 9I0 g. siège complet, terme 6 mois, décèdée en quelques heures de troubles respiratoires.

2 - P... Natacha, 8I0 g. terme 6 mois, accouchement à domicile, maintenue au chaud dans du coton hydrophile, décédée quelques heures après son arrivée.

Au total 1 vivant sur 4, normale à l'âge de 4 ans.

De I000 g à I250 g : I7 enfants
3 vivants soit I7%

Les 3 survivants:

1 - M... Laurence II40 g jumeau, terme de 7 mois I/2 élevage facile sauf une anémie traitée par des transfusions.

2 - Ch... Dominique I040 g, terme de 6 mois, chute de poids I40 g. anémie normochrome.
Revue à l'âge de 1 an, l'enfant est hypotrophique et pèse 6 k.2I0

3 - C... Pierre II70 g accouchement en ville au terme de 6 mois - élevage difficile avec crises de cyanose, météorisme abdominal - anémie.

Sur les I4 décès :

I2 sont survenus dans les 48 premières heures et la rapidité de ces décès ne mettent pas en cause la qualité de l'élevage mais sont imputables à la mortalité quasi inévitable de la période néo-natale. Le tableau est à peu près identique pour tous, qu'il y ait eu réanimation ou non, sur un fond permanent de cyanose se greffent des accès avec apnée de plus en plus prolongée. La respiration artificielle arrive parfois à rétablir une respiration qui reste superficielle et finalement arrive l'apnée décisive.

Deux décès tardifs dont l'un est dû à une épidémie de crèche.

1 - T... Eric II40 g. terme de 6 mois, métrorragies par placenta marginal, cyanosé à l'arrivée - élevage assez facile mais à 1 mois I/2 diarrhée à colibacille pathogène III B_4 et malgré l'antibiothérapie adoptée l'enfant meurt.

2 - C.. Laurent I020 g. I4è enfant, accouchement normal au terme de 6 mois, cri après réanimation. Grand prématuré, respiration périodique, réflexes archaïques présents, puis gémit, rejette des mucosités, le gavage déclenche des crises de cyanose. L'enfant reste fatigué, un peu grisâtre et 3 semaines après la naissance la polypnée s'exagère avec météorisme abdominal, apnée terminale.

Au total, décès retardé d'un prématuré qui dès la naissance avait présenté une détresse respiratoire.

De I250 g à I500 g : 37 enfants, 20 vivants soit : 54%

Parmi les I7 décès, I6 survenus dans les Ières heures ou les premiers jours , mais un enfant est décédé à 5 semaines d'une gastro-entérite infectieuse.

Ch. Richard I360 g , né le I8/9/57, au terme de 6 mois, accouchement laborieux par l'épaule, température 32°5, respiration difficile à s'établir avec apnée et crises convulsives.

Le 29.9 Perte de poids 220 g, diarrhée, aérobacter en quantités abondantes . Décès le 26.X.

Parmi les 20 enfants vivants, 2 ont été revus :

- l'une à I7 mois présente un retard psycho-moteur et staturo-pondéral considérable, ne se tient pas assise, pèse 5 K.650. Revue à l'âge de 3 ans, elle est hospitalisée pour une primo-infection sévère et pèse 6 K, mais les antécédents familiaux sont lourds, la mère est tuberculeuse et éthylique.
- l'autre à 11 mois présente une hypotrophie simple pesant 7 K.560.

<u>De I500 à I800</u> : 44 enfants, 33 vivants , soit 75%

Parmi les 11 décès, 7 décès dans les 48 premières heures dont 4 par hémorragie méningée vérifiée par ponction lombaire. Parmi les 3 autres:

1 - Un enfant mort au IIè jour de syndrome hémorragique
B... Florence, I000 g accouchement normal au terme de 7 mois, en de suite au 4è jour météorisme abdominal, réhydratation parentérale - au 8è jour constipation, hématémèses, purpura, au IIè jour décès dans un tableau d'occlusion avec hématémèse et melaena.

2 - 1 enfant décédé au 4è jour - apnée et cyanose

3 - un cas d'atrésie de l'oesophage

D... Sylvie, née le II.2.6I , I600 g terme de 8 mois siège complet, mère obèse 43 ans 4è pare , à l'entrée cyanose, céphalhématome pariétal gauche. Le I3 subictère, pétéchies. La sonde bute à la Ière tentative de gavage. Après absorption de lipiodol, la colonne opaque reste suspendue à 3 cms de l'arcade dentaire, une ponction lombaire faite en raison de l'état de l'enfant ramène un liquide hémorragique.
Opéré aux Enfants Assistés, décès le soir même.

4 - 1 enfant entre I5 jours après la naissance, prématuré de 7 mois I/2 pesant I600 g, élevé à domicile, température 28°2, mort au bout de quelques heures.

De I800 à 2000 g : 42 enfants, 33 vivants, soit 75%

Parmi les décès, 7 dans les 48 premières heures, dont 1 par méningite néo-natale à pneumocoque.

Parmi les 4 décès plus tardifs nous relevons :

1 - Un syndrome hémorragique mortel au 4è jour
D... Françsis, I900 g, accouchement au terme de 7 mois, placenta praevia, réanimation pendant 6'. A l'entrée, gémit, cyanosé mais la respiration est normale. 3 jours après : pâleur, respiration saccadée, la PL ramène du sang, injection rachidienne de 4/IO de cc d'hydrocortisone, puis hémorragie nasale et buccale - décès.

2 - Un enfant mort de pneumonie à l'âge de 1 mois :
L... Lydia I900 g, terme de 7 mois, siège - au 2I jours selles liquides température 38°, deshydratation, chute de poids, perfusion de solution de Lestradet avec antibiotiques.
Au 22° jour, polypnée, souffle tubaire gauche, expectoration sanglante où le laboratoire met en évidence le pneumocoque.
Au 25è jour, polypnée avec battements des ailes du nez, mais disparition du souffle tubaire.
Au 26è jour, apnées de plus en plus fréquentes - Décès

3 - 1 mongolian décédé à 1 mois au cours d'une épidémie de crèche à III B_4.
A... Pascal, I850 g. né au terme de 7 mois, siège décomplété, cri au bout de 2'. Aspect mongoloïde, pas de malformation cardiaque. Diarrhée à colibacille III B_4 mortelle en 1 semaine.

4 - 1 malformation cardiaque décédé à 2 mois I/2.

H... Dominique, I8.8.59, I850 g, césarienne pour bassin rétréci. A l'entrée légère cyanose, tachypnée, réflexes archaïques présents.

Le 2I instabilité thermique

Le 22 enfant p , amélioré par O_2 continu

Le 29, les battements cardiaques sont bien visibles, les bruits sont intenses avec souffle systolique méso-cardiaque.

N.F. : 3.600.000 G.R. - l'enfant est mis à la digitaline et le diagnostic de communication interauriculaire parait probable.

Le I8.9 - en scopie - coeur énorme, débord droit et ventricule gauche atteignant le gril costal. L'enfant se cyanose de plus en plus lors des biberons.

Le 2.I0. souffle systolique à peine perceptible, ébauche de bruit de galop.

Le I3.I0 : escarre sacrée

Le I4.I0: à l'E.C.G. axe droit. Le galop persiste, le souffle a disparu. Fallot probable.

Le 26.I0: cyanose intense prédominant à la moitié supérieure du corps avec dilatation veineuse.

Le I0.II : coeur énorme à la scopie

Le 8.I2 : décès.

<u>De 2000 à 2200</u> : 47 enfants, 36 vivants, soit 76%

Parmi les 11 décès, I0 sont survenus dans les 48 premières heures. I décès à la fin de la Ière semaine, il s'agissait d'un prématuré avec malformations multiples.

F... Fabienne, 2000 g grossesse normale. Malformations multiples : aplasie du maxillaire inférieur, et rétrognathésnie, orifices auditifs externes non perforés, oreilles et yeux de petite taille, pieds et mains bots. Les réflexes archaïques sont présents les bruits du coeur sont normaux, décès dans un tableau d'apné et de cyanose, l'autopsie ne montre pas d'autres malformations visibles.

De 2200 à 2500 : 39 entrants, 36 vivants soit 92%

3 décès au bout de quelques heures.

LES DECES PRECOCES

69 décès en 5 ans, 55 décès précoces dans les IO premiers jours soit 79%.

Parmi ces 55 décès précoces, 7 sont morts lors d'un syndrome hémorragique ou d'hypothermie irréversible (transport dans des langes, dans du coton).

Nous allons étudier les 48 autres décès précoces en fonction du terme, du poids et des circonstances de l'accouchement.

En I957 : 5 décès

2 entre I000 et I250 g. T - 6 accouchement N
T - 6I/2 " "
1 I250 - I500 g. T ? gemellaire
1 I500 - I800 g. T. 7 I/2 - siège
1 2000 - 2200 g. T. 7/I/2 - 2è pare. ac. normal

En I958 : 7 décès
1 moins de I000 g. - T. 6 - siège complet
1 I000 à I250 - gemellaire - hychaminios + forceps
3 I250 à I500 - 6 I/2 - 2è pare - siège
7 - 3è pare - ac. N.
gemellaire 7è pare - réanimation
2 I500 à 2000 g. - 8 - 6è pare - réanimation

I959 : 7 décès

2 - I250 à I500 - 6 I/2 - 2è pare - réanimation
6 I/2 - métrorragies - Ac. N.
3 - I500 à I800 - 7 - 8è pare - mère albuminurique - réanimation
césarienne - réanimation
6 I/2 - placenta marginal - liquide méconial
1 - I800 à 2000 - 7 césarienne - placenta pneumo- réanimation
1 - 2200 à 2500 - 8 Act. difficile - réanimation

I960 : I3 décès

1 - I000 - ac. N à domicile
2 - I000 à I250 - 6 - I4è pare - ac. N. réanimation
6 - siège - 2è pare
3 - I250 à I500 - 6 - 2è pare - métrorragies - césarienne
7 - ac. n.
6 - 3è pare - ac. N.
2 - I500 à I800 - 7 - 3è pare - ac. à domicile
7 I/2 - 3è pare, placenta marginal - ac. N. réanimation
1 - I800 à 2000 - 7 - 2è pare - ac. N. réanimation
2 - 2000 à 2200 - 8 - ac. difficile - réanimation
7 - 2è pare - ac. N.- hématome rétro-placentaire
2 - 2200 à 2500 - 8 I/4 - 4è pare - hydramnios - ac. N.
8 - 2è pare - ac. à domicile

I96I : I6 décès

6 - I000 à I250 - 6 I/2 - prééclampsie - césarienne
gemellaire
6 I/2 Iè pare - ac. rapide
6 - 3è pare - siège décomplété
T gemellaire
6 I/2 - 3è - mort apparente
6 - Siège

3 - I500 à I800 - 7 - Ièr pare - pyelonéphrite gravidique
7 I/2 - 2è pare - ac. N.
Gemellaire IV
2 - I800 à 2000 - grossesse et accouchement cachés
7 - Iè pare - métrorragies - siège -
1 - 2000 à 2200 - 7 I/2 - 5 pare - césarienne pour placenta praevia.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES DES DECES PRECOCES :

7 présentation du siège
2 hydramnios
8 gemellaire
2 métrorragie
4 insertion vicieuse du placenta
2 césarienne
1 rupture prématurée des membranes
3 maladie gravidique
1 pyélonéphrite
7 réanimation

9 accouchements dit normaux, soit I8% des décès précoces. Sur ces 9 accouchements, aucun ne dépasse le terme de 7 mois I/2, il semble donc que la prématurité seule soit responsable du décès de ces enfants.

CAUSES DE LA MORT :

Il est à déplorer que les circonstances locales aient empêché jusqu'ici de pratiquer des autopsies. Néanmoins le tableau clinique suffisamment net permet de classer les causes du décès de la façon suivante:

hémorragie méningée
troubles respiratoire
syndrome hémorragique
hypothermie

LES FECES TARDIFS

Ce sont les décès survenus au delà de la période critique néo-natale du IOè jour, ils représentent la mortalité "d'élevage", c'est à dire le retentissement de l'infection:

sur 69 décès ,I4 décès tardifs.

En réalité, il ny a que I3 décès tardifs puisqu'un enfant mort à l'âge de I5 jours n'a vécu que quelques heures dans le service.

Parmi les I3 décès tardifs :
3 décès de troubles respiratoires au IIè jour
2 décès hémorragie méningée au I2è jour
1 décès occlusion plus syndrome hémorragique au IIè jour.
1 décès apnée à 2I jours, étiologie inconnue
4 décès épidémies de crèche
1 décès pneumonie à 27 jours
1 malformation cardiaque

On peut remarquer le petit nombre de décès par complications infectieuses, 4 sur I4 décès tardifs.

1 - Diarrhée à aerobacter :

C... Richard, né le I8.9.57, au terme de 6 mois, I360 g. accouchement laborieux par l'épaule, réanimation.

A l'entrée température 32°5, respiration difficile , oedème, hématomes des membres supérieurs - ensuite apnée, crises convulsives, réanimation artificielle - le 23.X. selles molles - perd 220 g. à la coproculture, aerobacter Décès le 26.

2 - Diarrhée à colibacille III B_4

A... Pascal - né le 26.XI.58, terme 7 mois - siège décomplété - cri au bout de 2 minutes - P I850 g - mongolien - le I9.I2 diarrhée à colibacille III B_4 - décédé le I2.I. - P. I220 g.

3 - Diarrhée

Le germe responsable n'est pas mis en évidence par la coproculture mais à ce moment sévissait l'épidémie à colibacille III B_4.

T... Eric, II40 g., terme de 6 mois, métrorragies pour placenta praevia. A l'arrivée cyanose - Le I8.2. vomissements selles molles - décès le 22.2

4 - Diarrhée germe non identifié

Enfant mort à l'âge de 1 mois

Comparaison avec les résultats obtenus par d'autres centres de prématurés.

ECOLE DE PUERICULTURE

24% de décès

NANTES : 894 entrées
300 décès soit 36%
I56 décès précoces soit I7%

BOURGES: 57I entrées
66 décès soit II,6 M
57 décès précoces soit I0%

STRASBOURG - de I952 à I956

789 entrées

I78 décès soit 22%

I69 décès précoces soit 2I%

FONTAINEBLEAU :

230 entrées

69 décès soit 30%

55 décès précoces soit 23%

oOo

TABLEAUX RECAPITULATIFS

DE 5 ANNEES D'ELEVAGE DE PREMATURES A FONTAINEBLEAU

oOo

Catégorie de Poids	Nbre	Vivants %	Parité	Terme	Grossesse-Accouchem.	Poids Sexe	Lait	Elevage - Incidents Résultats
de 1000	1	100%	I	6	- Acc. normal	935 ♀	LM	- Infection pulmonaire. Anémie hypochrome
1000 a 1250	2	0 %		6 6 1/2	- Acc. normal	1210 ♂ ♂		- D.C.D. 24h. tr. respirat. - D.C.D. 1 h. tr. respirat.
1250 à 1500	5	40%	III III	7 1/2 7 6	- Acc. normal - Acc. normal - Ethylisme + Tuberculose - 2 prématurés dans les antécédents - Présentation épaule - Gemellaire - jumeau de D arrivée	1300 ♂ 1340 ♀ 1360 ♀ 1360 ♂ 1420 ♀	LM AL	- D.C.D. Tr. Respir. 11 j - Retard psychomoteur et pondéral. - à 1 an. p. 7560 g. - D.C.D. à 5 semaines occlusion - aérobacter - D.C.D. 3 h après l'arrivée
1500 à 1800	4	75%	II	7 1/2 7 1/2 8 1/2	- Siège - Gemellaire - Gemellaire	1550 ♀ 1690 ♀ 1780 ♂ 1780 ♀	LM-AL AL	- D.C.D. - hémorragie méningée. 4 jours - Elevage facile - Elevage facile - Elevage facile
1800 à 2000	5	80%	I II	8 8 6 1/2	- Césarienne - placenta praevia - Siège	1780 ♂ 1900 ♂ 1940 ♂ 1980 ♀ 1980 ♀	LM - AL LM LM LM	- Elevage facile - D.C.D. 11jour. Tr. resp. - Né étonné - Elevage facile - Elevage facile
2000 à 2200	3	60	II	8 7 1/2 7 1/2	- Grossesse gemellaire	2000 ♂ 2100 ♀ 2000 ♂	AL AL	- Arrivé 15 jours après naissance - Elevage facile - DCD. Quelques heures
2200 à 2500	9	100		7 1/2 7 7 1/2 8 7 1/2 7 1/2 8 8 8	- 2 prématurés + 1 Fc - Accouch. normal - Présentation face - Accouch. normal - Accouch. normal - Accouch. normal - Accouch. normal	2200 ♀ 2200 ♂ 2280 ♀ 2430 ♀ 2200 ♂ 2280 ♂ 2250 ♀ 2280 ♀ 2300 ♂	AL AL AL AL AL AL +LM AL AL AL	- DCD. Tr. Respir. 24 h - Elevage facile - Elevage facile - Elevage facile - Elevage facile - Elevage facile -

1957

Catégorie de poids	Nbre	Vivants %	Parité	Terme	Grossesse-Accouch.	Poids Sexe	Lait	Elevage - Incidents Résultats
- 1000	1	0		6	- Siège complet	910 ♀		- DCD 24 h. tr. respirat.
1000 à 1250	3	33	III	6 6	- Placenta bas situé - hémorragie - Gemellaire - hydram.-nios - forceps	1040 ♀ 1140 ♂ 1160 ♀		- Revue à 1 an P.6210 g - Epidémie 111 B4, DCD 2 mois. - Hernie ombilicale DCD 4 jours.
1250 à 1500	12	58	II II III XVII XVII I	6 1/2 6 1/2 6 3/4 6 3/4 7 7 7 7 1/2 7 8	- Siège - Accouch. normal - Siège, menace F.C. au 3ème mois - Accouch. normal - Gemellaire - Gemellaire - Réanimat. - Hypertension, forceps - Siège - Accouch. normal - Accouch. normal	1280 1350 ♀ 1360 ♂ 1380 ♂ 1400 ♀ 1290 ♀ 1400 ♀ 1460 ♂ 1430 ♂ 1450 ♀ 1450 ♀ 1460 ♂	LM LM+AL LM+AL AL LM+AL	- Hémorragie méningée DCD 24 h - cyanose - DCD 24 h. - DCD, quelques heures - DCD 1 heure - DCD 4 heures - Epidémie de crèche 111 B4
1500 à 1800	8	87	I III	7 7 7 7 1/2 8	- Gemellaire - Accouch. normal - Accouch. normal - Hydramnios aigu, siège gemellaire - Accouch. rapide	1550 ♀ 1625 ♀ 1635 ♀ 1715 ♂ 1760 ♀ 1780 ♂ 1700 ♂ 1740 ♀	AL LF+AL AL LM LF AL	- Epidémie 111 B4 - Revu à 3 ans, chétif
1800 à 2000	10	70	XVII II VI I	7 7 7 8 7 8 1/2	- Gemellaire - réanimat. - Césarienne - bassin limité - Siège complet, crie au bout de 2' - Accouchement normal - Accouchement normal - 4 préma, dont 3 DCD cri faible - Accouchement normal - Accouchement normal - Accouchement normal	1800 ♀ 1820 ♂ 1850 ♂ 1850 ♂ 1870 ♂ 1880 ♀ 1950 ♀ 1930 ♀ 1960 ♀ 1980 ♀	LM+AL AL	- cyanose, apnée, DCD en quelques heures - DCD 2 mois 1/2, malformation cardiaque - mongolien - DCD 2 mois 111 B4 - 1 crise convulsive - DCD 7 heures, apnée - Elevage facile - Elevage facile - Elevage facile
2000 à 2200	6	83	IV VI II	8 7 7 1/2 7	- Rupture de la poche des eaux, 48 h. - Gemellaire, l'autre DCD - Spasme du col. crie au bout de 3' - Accouchement normal - Accouchement normal - Siège	2000 ♂ 2070 ♂ 2080 ♂ 2100 ♂ 2120 ♀	AL	- DCD 24 h. syndrome hémorragique - Hémorragie méningée - Sclérose - hypothermie.
2200 à 2500	1				- Accouchement normal	2390 ♂		- Elevage facile

1958

Catégorie de poids	Nbre	Vivants	Parité	Terme	Grossesse-Accouchem.	Poids Sexe	Lait	Elevage - incidents résultats
- 1000						810 ♀		- DCD au bout de 2 heures
1000 à 1200	0							
1250 à 1500	3	33	II	6 1/2	- Accouch. rapide, réanimation	1250 ♂		- Apnée - DCD 8 heures
			VI		- Métrorragies. Acc. N.	1435 ♀		- Syndrome hémorragique DCD
				6 1/2	- Accouchement normal	1470 ♂	AL	
1500 à 1800	9	70	II	6 1/2	- Rupture poche eaux depuis 15 jours. réanimation	1520 ♂	LM	- Revue à 11 mois;P.8080 ♀
			VIII	6 1/2	- Mère albuminurique, réanimation 1/4 d'h.	1560 ♂		- Cyanose, DCD 3 heures
					- Réanimation après césarienne	1540 ♀		- DCD 6 h.
				7	- circulaire du cordon	1600 ♂	AL	
					-Siège - accouch. normal	1645 ♂	AL	
			II	7 1/2	- Accouchement normal	1670 ♀	AL	
			XI	7 1/2	- Accouchement normal	1670 ♀	AL	
				6 2/3	- Placenta marginal. Accouch. normal	1700		- Hem. Méning. DCD 24h.
			II	7 1/2	- Accouch. normal	1720 ♂	AL	
1800 à 2000	8	87	III	7	- Césarienne pour placenta praevia réanim.	1810		- Tr. Respiratoires DCD 5 h.
				7 1/2	- Accouchement normal	1830 ♀	AL	
			II	7	- Accouchement normal	1860 ♀	AL	
					- Gemellaire	1880 ♀	Alma	- Otite
					- Gemellaire	1890 ♀	Alma	
				8	- Césarienne	1900 ♂	AL	
				8		1960 ♀	AL	
				8		1960 ♂		
2000 à 2200						2000 ♀		- Tr. respir. DCD 4 j.
			III	8	- 1 F.C. 2 mois 1/2, gemellaire	2050 ♂		- Hem. Méning. DCD 24 h.
					- Accouch. normal gemellaire	2050 ♀	Alma	
				7	- Accouch. normal	2100 ♂	LM	
					- Gemellaire	2150 ♀	AL	
				7 1/2		2120 ♂	AL	- Entre à 20 jours pour syndrome toxique
				8	- Accouch. normal	2020 ♂	LM	
					- Gemellaire - Siège	2010 ♂	AL/LM	- Diarrhée
				8		2150 ♀		
				7 1/2		2050 ♀	AL	- Muguet
				7 1/2	- Forceps - réanimat.	2070 ♀	AL	
					- Tentatives d'infantic.	2190 ♂		- Tr. Respirat. à 13 m. 9140 g.
			IV	8	- Césarienne	2190 ♀		- Tr. respir. DCD quelques heures
2200 à 2500					- Accouchement normal	2200 ♂	LM	
			III	7 1/2	- Accouchement norm.	2220 ♂	AL	
			IV	3	-]praeviaDCD. acc. normal	2200 ♂	AL	
						2300 ♀	AL	
			I	8	- Acc. difficile, réanim	2300 ♂		- Anoxie, DCD quelques heures
				8	- Acc. normal	2300 ♂		
			III		- Acc. rapide	2370 ♂	AL	- Hem. méning. à 15 m. retard psycho-moteur.
				8 1/2	- Accouch. normal	2370 ♂	AL	- Tr. respir. lymphangiome
				8 1/2	- Mère albuminurique	2380 ♀	AL	
				8	- Accouch. normal	2390 ♂	LM	
			III	7 1/2	- Accouch. normal	2390 ♂	AL	- Ictère physio. intense
			II	8	- Acc. rapide	2430 ♀	AL	
						2490	AL	

Catégorie de poids	Nbre	Vivants	Parité	Terme	Grossesse - Accouch.	Poids Sexe	Lait	Elevage - Incidents Résultats
- 1000	1	0		6	- Accouch. Normal à domicile	810 ♀		- DCD tr. respirat. 24 h.
1000 à 1250	3	33	XIV	6	- Acc. normal, mort apparente	1020 ♂	AL	- DCD, 3 sem. tr. respir.
				7 1/2	- Gemellaire	1140 ♀	LM+AL	- Elevage facile
			II	6	- Siège, Acc. Normal	1145 ♂	LM	- Hypothermie - DCD 4 j.
1250 à 1500	8	62	II	6	- Césarienne, bassin limite, extraction laborieuse	1320 ♀		- Tr. Respirat. DCD Quelques heures
				7	- Accouch. normal	1330 ♂		- Tr. Respiratoires, DCD quelques heures
			III	6		1420 ♂		- Tr. Respiratoires, convulsions DCD 3 h.
			II	6 1/2	- - prééclampsie, ac. nor	1450 ♂	AL	- Colibacille 111 B4
				7	- Acc. normal	1450 ♀	AL	
				7	- Acc. normal	1470 ♀		- Muguet - anémie
						1480	AL	
						1490 ♂	AL	
1500 à 1800	10	90		7 1/2	- Gemellaire, siège	1500 ♀	AL	
			II	6 3/4	- Acc. normal	1510 ♀	LM+AL	
			I	7	- Acc. normal	1540 ♀	LM+AL	
			I		- Acc. normal	1580 ♂	LM	
				7	- Acc. rapide	1610 ♂	LM+AL	
			III	7 1/2	- Acc. à domicile	PN.		- 1600 à 15 jours ⊖ 28°2 DCD
			III	7	- Acc. normal, placenta marginal, réanimation	1700 ♀		- Hémorragie méningée, DCD, 12 jours
			V	7 1/2	- Siège décompleté, métrorragies	1750 ♀	LM+AL	- Muguet, infection à staphylocoque
				8	- Acc. normal, pyélonéphrite au 4è mois	1760 ♀		- anémie
				8	- Acc. normal, mère albuminurique	1780 ♂	AL	- Muguet
1800 à 2000	10	80		7 1/2	- Gemellaire, réanimation 15'	1800 ♂	AL	- Muguet, diarrhée
				7	- Acc. normal	1800 ♀	LM	
				7	- Gemellaire, acc. normal	1820 ♂	AL	- Muguet
			II	7	- Acc. normal, réanima.	1900 ♂		- Syndrome hémorragique, DCD 4 jours
				7	- Acc. normal, Siège	1900 ♀		- DCD pneumonie, 27 jours
				7 1/2	- Acc. normal, siège	1920 ♂	AL	- Muguet, bronchite
				7 1/2	- Gemellaire, acc. normal siège	1950 ♂	AL	
			IV	7 1/2	- Acc. normal	1950 ♀	AL	- Muguet
					- Gemellaire	1970 ♀	LM+AL	- Muguet, anémie
			VI		- Acc. normal	1980 ♀	AL	- Muguet
2000 à 220	15	72 %	I	8	- Siège décompleté	2000 ♀	AL	
				8	- Acc. difficile, réanimation 1/2 h.	2000 ♂		- Hémorragie méningée, DCD 2½ h.
			I	8	-Acc. normal	2000 ♂		
				9	- Malformations multiples	2000 ♀		- DCD quelques jours
				7 1/2	- Gemellaire	2010 ♂	AL	- Muguet
			II	7	- 1 prématuré, acc. normal	2050 ♂		- Tr. respir. DCD 4è jours
			I	7 1/2	- Acc. normal	2020 ♂	LM	- Tr. respir.
				8	- Césarienne pour placenta praevia	2030 ♀	AL	
			II	7 1/2	- Pyélonéphrite, acc. normal	2040 ♂	AL	
			I	8	- Acc. normal	2050 ♂	LM+AL	- Mongolien, mère primipare, 40 ans
				8	- Gemellaire, réanimat.		AL	
				8	- Siège, rupture proche des eaux depuis 1 mois	2120 ♀	AL	
					- Hématome rétro placent.	2120 ♀		- Hémorragie méningée, DCD 48h.
				7	- Gemellaire Siège	2130 ♂	AL	
			I	7 1/2	- Pyélonéphrite au 6è mois	2050 ♂	LM	- Entré à 10jours
2200 à 2500	5	60	IV	8 1/2	- 2 F.C., hydramnios	2230 ♂		- Sclérème, .HM., DCD 8 j.
			II	8	- Acc. à domicile	2300 ♀		- Tr. resp. DCD quelques heures
				8	- Acc. normal, réanimat.	2300 ♀	LM	- Gastro-entérite
				8	- Acc. normal	2330 ♀	LM+AL	
			II	7 1/2	- Acc. normal	2400 ♂	LM	- Muguet

Catégorie de poids	Nbre	Vivants	Parité	Terme	Grossesse. Accouch.	Poids Sexe	Lait	Rirvage - Incidents Résultats
1000				6 1/2	- Prééclampsie, césarienne.	1230 ♀		- Tr. respir. DCD 6 h.
					- Grossesse gemellaire	1180 ♀		- Hem. méningée, DCD 3 h.
						1000 ♂		- DCD, 1 h.
			I	6 1/2	- Acc. normal rapide	1140 ♀		- DCD, 24 h.
à	9	11 %	I		- Acc. normal domicile	1170 ♂	Aleté	- anémie transfusions
			III	6	-Siège décompleté	1200 ♀		- Tr. respirat. DCD 6h
				8	- Acc. gemellaire	1170 ♂		- Hémor. méningée DCD 1 h
			III	6 1/2	- Etat de mort apparente	1100 ♀		- DCD 11 h.
1250				6	- Siège	1140 ♂		- Hem. méningée DCD 2 h 30
1250				8	- Gemellaire	1270 ♂		- Hem. méning. DCD 4 h
				7 1/2	- Acc. normal	1460 ♀	AL	- Muguet
			II	8	- Acc. normal	1460 ♀	AL	- Anémie transfusion
			VII	6	- hydramnios, réanim.	1400 ♀	AL	- DCD 3 h
à			V	6 1/2	- Prééclampsie, sommet	1350 ♀	AL	- Muguet, anémie, transfusion
	9	55	VI	6 1/2	- siège décompleté, souffrance foetale	1300 ♂	AL	- Anémie, transfusion
				6 1/2	- Rupture prématurée des membranes	1400 ♂		- DCD 3 h
1500				7 1/2	- Siège décompleté	1400 ♀	AL	- Bon élevage
				6	- Siège	1260 ♂		- Hypothermie DCD 4 h.
			I	7	- Pyélonéphrite	1750 ♀		- Tr. respir. DCD 12 h
1500					- Grossesse gemellaire	1680 ♂	AL	
						1600 ♂		- Tr. respir. DCD
				7 1/2		1770 ♀	AL	
			III	7 1/2	- Acc. normal	1700 ♂	AL	- Anémie transfusions
				8	- Mère albuminurique	1630 ♂	AL	- Ictère transfusions
				8	- Siège complet	1600 ♀		- Atresie oesophage DCD
à			III	7		1600 ♀	AL	- Occlusion, hémorragies DCD 11 jours
	13	61	II	7 1/2	- Acc. normal	1780 ♀		- Hem. méning. DCD 1 h
			IV		Acc. gemellaire	1730 ♂		- Hypothermie, Sclereme DCD
1800			IV	7	- Rupture prématurée des membranes	1550 ♂	AL	- Diarrhée, S5 B5, perfusion
				6 1/2	- Acc. normal	1600 ♀	Eledon	- Escarres, diarrhée
			I	7 1/2	- Acc.normal	1760 ♂	AL	-
			IV		- Acc. gemellaire	1980 ♂		- Hypothermie, sclereme
1800			I	7	- hydramnios, utérus bifide	1850 ♂	AL	- Syndrome hémorragique
			I	8	- Acc. normal, 4 circulaires	1860 ♀		- Méningite néo-natale DCD 20 h.
					- Grossesse et accouch. cachés	1850 ♂		- Tr. Respir. DCD 4 h
à	9	66	I	7				
			I	7	- Métrorragies, siège,	1800 ♂		- Tr. respir. DCD 6 h
					- Acc. pendant le trajet	1820 ♀	AL	- Hem. méning. énémie
			I	7 1/2	- Acc. normal	1920 ♀	AL	
200			V	8 1/2	- Acc. provoqué, facteur Rhésus	1870 ♀	AL	- Muguet
						1820 ♀	AL	
2000			II	8	- Acc. normal	2180 ♀	AL	
				7 3/4	- Acc. normal	2080 ♂	AL	
						2100 ♀	AL	
			IX	7 1/2	- Souffrance foetale, Réanimation	2100 ♀	AL	- Diarrhée 55 B5
à			V	7 1/2	- Césarienne, placenta praevia	2100 ♂		- Hem. méningée DCD 8 h.
	10	80	III		- Placenta praevia	2140	AL	
			V	8		2000		
2200				7 1/2	- Rupture prématurée, poche des eaux	2000	LM	- Ictère, gros foie
					- Grossesse gemellaire	2170 ♂		
						2020 ♂		- DCD, quelques heures
2200				9	- Souffrance foetale, circulaire	2240 ♀	LM	
				8	- Siège complet	2230 ♀	LM	
				7 1/2	- Acc. normal	2965	AL	
à			III	7	- Réanimation	2400 ♀	AL	
					- Face forceps	2400 ♀	AL	- Bec de lièvre
	11	100		7 1/2	- Placenta praevia	2350 ♀		- Hemor. Méningée.
				7	- Acc. normal	2220 ♂		
2500			I			2230 ♂	AL	
					- Né étonné	2400 ♂		
				8	- Gemellaire, césarienne albumine	2400 ♂	AL	
1961						2400 ♀		

CONCLUSIONS TIREES DE CES TABLEAUX

Sur un élevage de 230 enfants :

Accouchements jumeaux	32
normaux	98
Sexe - filles	I09
Allaitement maternel	23 - I0%
Elevage facile	I03

Incidents d'élevage :

- diarrhées infectieuses	I4
- muguet	I5
- anémie	9

oOo

CONCLUSIONS

Le problème de l'élevage des prématurés, s'il est résolu de manière plutôt satisfaisante dans les grands centres régionaux, reste encore difficile à résoudre dans les centres de pédiatrie qui ne bénéficient pas d'une installation spécialisée.

Cependant dans ces conditions, des dispositions spéciales : affectation des locaux isolés, installation appropriée, formation d'un personnel bien entraîné, permettent de faire face aux exigences particulières des prématurés de faible poids.

Les résultats observés dans un centre comme celui de Fontainebleau montrent qu'ainsi organisé, un tel centre peut fonctionner de façon satisfaisante.

En effet, l'étude de la mortalité des prématurés de ce centre montre que :

- la mortalité globale, 30% rejoint les chiffres finalement donnés qui sont de 24%,

- la mortalité "d'élevage", c'est à dire la mortalité au-delà du dixième jour, mortalité qui traduit le retentissement de l'infection, est très faible, soit 2% ce qui prouve la qualité des soins donnés.

A condition de respecter les règles essentielles qu'exige l'élevage des prématurés : direction par un pédiatre qualifié, isolement des locaux, qualification du personnel (puéricultrice diplômée d'état), mise en oeuvre d'une technique de soins aseptiques sans défaillance, le centre de Prématurés de Fontainebleau, installé dans une ville de 20.000 habitants, drainant la population de Seine et Marne et d'une partie du Loiret, a fonctionné d'une façon très efficace. Il constitue un élément essentiel de la lutte contre la mortalité infantile et permet ainsi d'attendre la construction prochaine d'un véritable centre de Prématurés.

oOo

Vu, le Président de Thèse :
Professeur M. LELONG

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

CROSSE M. - The prematury baby (1 vol. - 2è édition 1949)

LELONG M., ROSSIER A., MICHELIN J. , GASENEL H. -
Le lait de femme dans l'alimentation du prématuré
(Bul. Acad. de Médecine 1950)

LELONG M., ROSSIER A., MICHELIN J. -
La notion calorique globale du prématuré : ses rapports avec la thermo-régulation (Arch. Française de Pédiatrie - 1949.6.113.129)

LELONG M. et collaborateurs -
Les prématurés - Sem. des Hôp. Paris. n° spécial 1951

REBADEAU, DUMAS (L) et LATASTE -
Les nourrissons débiles et prématurés (1 vol. 104 p. Paris 1935 - Masson)

HESS J.H. et LUNDEEN E.C. -
The premature infant : its médical and nursing aere (1 vol. 279 p. Philadelphie - 1950)

ROSSIER A. - EM.C. Pédiatrie I , n° 40002 - 510 à 560

DEBRE - LELONG - Pédiatrie - Flammarion - Tome I - chapitre V

Médecine Infantile - n° spécial consacré à la prématurité - octobre I959, n°°8

RULLIERE - Avenir immédiat des prématurés dans une maternité hospitalière - Thèse Lyon I957.

CHABOT - L'avenir du prématuré d'après 894 enfants passés au centre de prématurés de Nantes. Thèse Paris I956

RAKOTONDRAINIKE H. - Acuité et résultats d'un centre de prématurés - Thèse Paris I960

LAURRE - Considérations sur l'organisation et la fonctionnement d'un centre moderne d'élevage de prématurés. Tjèse Toulouse I953

BRUNEHU O. - Le centre de prématurés de l'hôpital des enfants de Bordeaux Thèse Bordeaux I958

GUYOT-THILLIER O. - Contribution à l'étude de l'élevage des prématurés - Thèse Paris I956

DAHI A. - Traitement et protection du prématuré.

oOo

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-9(